

Առավել Առողջ Վաղը Սկսում է Այսօր ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ ԱՆՎՃԱՐ, 1-800-880-5305

Օգտագործեք Այս Փոստարկելի Դիմումնազիրը, Դիմելու համար



Անվճար (No-cost) Առողջապահական
Ապահովություն Նորածնից մինչեւ 18
Տարեկան Երեխաների
և Հոդի Կանանց համար

- Անվճար (No-cost) ընդհարձակ Առողջապահական, Ատամնաբուժական և Տեսողության ծառայություններ Երեխաների համար:
- Առանց ամսական վճարումի:
- Ոչ մի մասնավճար, որեւէ ծառայության համար:
- Առողջապահական ապահովությունների ծրագրերի նախընտրություն ամենա մեծ թվով եւ կարեւոր բնակվելիք կենտրոններում:
- Ընտանիքի ունեցվագրը (օրինակ բանկի հաշիվներ կամ ինքնաշարժ) չի բացառում մասնակցելու իրավասության համար:
- Բարձր եկամուտով ընտանիքների Երեխաներն անգամ հարմար են **անվճար (No-cost) Medi-Cal** ստանալու:
- Առկա է, մեկ ծնողով ընտանիքների կամ աշխատող ամուսինների Երեխաների համար:
- Փոստարկելի Դիմումնազիր: Դիմելու պարագային վելֆերի գրասենյակը այցելելը չի պահանջվում:



Քիչ-ծախսով (Low-cost)
Առողջապահական
Ապահովություն Ծնունդից
մինչեւ 18 Տարեկան Երեխաների համար

- Քիչ-ծախսով (Low-cost) ընդհարձակ Առողջապահական, Ատամնաբուժական և Տեսողության Ապահովություն:
- Էժան ամսական վճարումներ \$4 դոլարից սկսած յորդաբանչյուր Երեխայի համար մինչեւ \$45 դոլար յորդաբանչյուր ընտանիքի համար:
- Ոչ մի մասնավճար, կանխարգիրով ծառայությունների համար (օրինակ պատվաստումները): \$5 դոլար վճարում ոչ-կանխարգիրով ծառայությունների համար (օրինակ հիվանդության պատճառով բժշկի մոտ գնալ):
- Առողջապահական, ատամնաբուժական և տեսողության ապահովություններ ծրագրերի նախընտրություն:
- Ընտանիքի ունեցվագրը (օրինակ բանկի հաշիվներ կամ ինքնաշարժ) չի բացառում մասնակցելու իրավասության համար:
- Այն Երեխաների համար որոնք առողջապահական ապահովություն չունեն եւ այն Երեխաները որոնք **ծախսով Medi-Cal ունեն**:
- Առկա է, մեկ ծնողով ընտանիքների կամ աշխատող ամուսինների Երեխաների համար:
- Փոստարկելի Դիմումնազիր:
- Դիմեցեք 3 ամիս նախքան Երեխայի ծնունդը, կամ Երեխայի 1-ին ծննդան տարին կամ 6-րդը ծննդան տարին են **անվճար (No-cost) Medi-Cal-ը կորցրեք:**

Medi-Cal-ը եւ Healthy Families-ը երկու առողջապահական խնամքի ծրագրեր են:

- Ընտանիքի անդամների թիվը, Երեխայի տարիքը եւ եկամուտը որոշում է թե Երեխան որ ծրագրին է հարմար: Փոքր Երեխան հարմար է **անվճար Medi-Cal**-ին եւ մեծ Երեխան **Healthy Families**-ին:
- Եթե մեկ Երեխա հարմար է **անվճար Medi-Cal**-ին նա հարմար չի կարող լինել **Healthy Families**-ին:
- Եթե ձեր եկամուտի բարձր լինելու հետևանքով իրավասություն չունեք **անվճար Medi-Cal** ստանալու, ձեր Երեխան կարող է **Healthy Families**-ի համար հարմար լինի:

Իրավասու լինելու համար, **Medi-Cal** կամ **Healthy Families**-ի ձեւերը լրացնող անձը, պիտի լինի:

- 19 տարեկանից փոքր, կամ հոյի կին
- Եկամուտը նշանակված սահմանների մեջ լինի
- California-ի բնակիչ լինի
- Լինի Միացյալ Նահանգների հպատակ, ազգային կամ իրավասու օտարական: Անկախ նրանից թե ինչ գաղթականության հանգամանք ունի կամ որ թվականին է մոտք գործել Միացյալ Նահանգներ, Երեխան կամ հոյի կինը իրավասու է **Medi-Cal**-ի որոշ ձեւերին:

ԻՆՉՊԵՍ ԿԱՐԵԼԻ Է ԴԻՄԵԼ:

- Դիմելու պարագային, ձեր հաշվարկերը թե՛ երեխան կամ հղի կինը ինչ ծրագրին է իրավասու հարկավոր չե՛:
- Միայն լրացրեք դիմումնագրի էջ A1-A3-ն և փոստարկեք բոլոր պահանջված փաստաթղթերի հետ միասին:
 - Եթե՛ պարզվի որ ձեր երեխան իրավասու է **Healthy Families**-ի համար, կարող եք նաև լրացնել էջ A4-ը: Փոստարկերը բոլոր 4 էջերը (A1-A4), նաև այլ վարկերը կամ մեջ հետ կազմվել, կամ մենք որոշակի կատարելուց հետո յօն ձեր երեխան որ ծրագրի իրավասություն ունի, ձեզ հետ կը կապվեմ: Եթե՛ հիմա լրացներ դիմումնագրով ավելի արագ կերպով կը ապա հովագրվեմ:
 - **Medi-Cal**-ի համար ձեր երեխայի որակավորված լինելը իմանալուց առաջ իսկ կարող եք 1-800-840-5032 համարով հեռախոսել (հեռախոսականչը անվճար է), որպեսզի տեղ եկանար ձեր շրջանում առկա առողջական ծրագրերի մասին եւ խնդրեք տեղ եկութիւնների ծրագր որը պարունակում է անդամակցութեան դիմումնագրի ֆորմերը:



ԱՐԴՅՈՒ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԻՔ ՈՒՆԵՔ? ԲՈԼՈՐ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԱՆՎՃԱՐ ԵՆ!

Եթե՛ ցանկանում եք իմանալ թէ, որ ծրագրին եք հարմար, նախքան դիմումնագրի ստորագրել եւ հանձնելը կամ դիմումնագրի լրացնելու համար օգնության կարիք ունեք, մեզ զանգահարեք, **1-800-880-5305 անվճար** համարով: Մեր գործողները կարող են նաև ձեզ տրամադրել ձեր շրջանի Վկաված Գործադրության Օգնականի անոնը եւ հեռախոսահամարը:

ԱՍՍԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԵԿԱՄՈՒՏ (Ուժի մեջ կմտնի Ապրիլ 1, 2006-ից):

Եուր հարկավոր չե՛ իմանար թէ ձեր երեխան որ ծրագրին է հարմար, բայց մի գաղափար կազմելու համար կարող եք օգտագործել հետեւյալ աղյուսակը: Եթե՛ ձեր ընտանիքի ամսական եկամուտը համապատասխանում է կամ ավելի պակաս է նշված գումարից ձեր երեխան կարող է իրավասու լինել **Healthy Families**-ին կամ (**No-cost**) առանց ծախսի **Medi-Cal**-ի համար: Եթե՛ աշխատում եք, եթե՛ երեխայի խնամք թի համար վճարում եք, կամ ստանում եք եւ/կամ վճարում եք երեխայի նյութական օժանդակություն Ալիսներ, հավանական է որ մենք ձեր եկամուտի մակարտար պակաս համարենք: Ընտանիքի եկամուտի ընտանիքի քանակական թի համար կամ խումբ Վկաված Գործադրության Օգնականի հետ:

ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՔԱՆԱԿԸ	ԵՐԵԽԱՆ ԾՆՆՈՒՆ- ԴԻՑ ՄԻՆՉԵՒ 1 ՏԱՐԵԿԱՆ ԿԱՄ ՀՂԻ ԿԻՆ MEDI-CAL	ԵՐԵԽԱՆ ԾՆՆՈՒՆ- ԴԻՑ ՄԻՆՉԵՒ 1 ՏԱՐԵԿԱՆ HEALTHY FAMILIES	ԵՐԵԽԱՆ 1 ԻՑ ՄԻՆՉԵՒ 5 ՏԱՐԵԿԱՆ MEDI-CAL	ԵՐԵԽԱՆ 1 ԻՑ ՄԻՆՉԵՒ 5 ՏԱՐԵԿԱՆ HEALTHY FAMILIES	ԵՐԵԽԱՆ 6 ԻՑ ՄԻՆՉԵՒ 18 ՏԱՐԵԿԱՆ MEDI-CAL	ԵՐԵԽԱՆ 6 ԻՑ ՄԻՆՉԵՒ 18 ՏԱՐԵԿԱՆ HEALTHY FAMILIES
1	\$0 - \$1,634	\$1,635 - \$2,042	\$0 - \$1,087	\$1,088 - \$2,042	\$0 - \$ 817	\$ 818 - \$2,042
2	\$0 - \$2,200	\$2,201 - \$2,750	\$0 - \$1,463	\$1,464 - \$2,750	\$0 - \$1,100	\$1,101 - \$2,750
3	\$0 - \$2,767	\$2,768 - \$3,459	\$0 - \$1,840	\$1,841 - \$3,459	\$0 - \$1,384	\$1,385 - \$3,459
4	\$0 - \$3,334	\$3,335 - \$4,167	\$0 - \$2,217	\$2,218 - \$4,167	\$0 - \$1,667	\$1,668 - \$4,167
5	\$0 - \$3,900	\$3,901 - \$4,875	\$0 - \$2,594	\$2,595 - \$4,875	\$0 - \$1,950	\$1,951 - \$4,875
6	\$0 - \$4,467	\$4,468 - \$5,584	\$0 - \$2,971	\$2,972 - \$5,584	\$0 - \$2,234	\$2,235 - \$5,584

ԴԻՄՈՒՄՆԱԳՐԻ ՈՒՂՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

ԲԱԺԻՆ 1

Սեղ ասեց երեխայի համար դիմու անձի մասին, հղի կնոջ մասին, չընթափած երեխայի մասին կամ իր համար դիմու անձի մասին:

Հարց թիվ 16

Մենք ձեզ քաջալերում ենք, որ օգտագործեք առողջապահական խնամքը ձեր երեխաների համար անկախ դրանքի, որ երեխան որ ծրագրին հարմար կը լինի:



• **Երեխաներ:** Մենք ձեր երեխային կարձանագրենք այն ծրագրում որին իրավասու է մինչեւ դուք մեզ հայտներ ձեր չկամուգրունը: Եթե՛ դուք որեւէ պատճառով հակառակ եք մեզ տեղեկացրեք, նշելով այն ծրագրին հատկացված տուփիկի մեջ: Այս նշանակում է, որ օրինակ եթե դուք նշում եք **Medi-Cal**-ին հատկացված տուփիկը եւ ձեր երեխան իրավասու է **Medi-Cal** ստանալու, նա որեւէ առողջապահական խնամք ապահովագրություն չի կարող ոչ մեկ ծրագրից ստանալ:



• **Հղի Կանայք:** Հնարավորությունները Նորածինների եւ Մայրերի համար (**AIM**) ծրագրը, տրամադրում է առողջապահական խնամք, ապահովագրություն չունեցող հղի կանանց համար որոնց եկամուտի բարձր լինելու պատճառով իրավասու չեն **Medi-Cal** ստանալու: Հավելյալ տեղեկությունների համար եւ **AIM**-ի դիմումնագրերի համար զանգահարեք **1-800-433-2611** համարով:



ԲԱԺԻՆ 2

Մեզ տեղեկացրեք մինչեւ **19** տարեկան երեխաների մասին եւ/կամ հղի կանանց մասին, որոնք ցանկանում են առողջապահական ապահովագրություն ստանալ:

Պատասխաներ թիվ 17-32 հարցերը ամեն մի երեխայի կամ հղի կնոջ համար, որոնք ցանկանում են առողջապահական ապահովագրություն: Եթե՛ դուք դիմում եք չընթափած երեխայի համար, նշեք չընթափած երեխային հատկացված տուփիկը լինի:

Երեխա 1 պյունյակի տակ եւ մեզ տվեք բոլոր տեղեկությունները որոնք դուք ներկայաւում գտուեք: Չընսված երեխայի ապահովագրությունը կամ կի կամ համար նշելով այն դիմումը գտնելու համար նշելով ապահովագրությունը կամ կի **Healthy Families**-ը երեխայի ծննդյան փաստաթղթերի ստանալուց հետո:

Հավելյալ երեխաների համար, օգտագործեք առանձին թղթեր կամ դիմումնագրի U.1 եւ U.2 բաժների Ֆուտուկայինները:

Հարց թիվ 18

Պատասխաներ այս հարցին եթե ձեր պատասխանը հարց թիվ 17-ից տարբերվում է:

Հարց թիվ 19

Գրեք ձեր ձիշտ հասցեն ներառյալ Փողոցի համար եւ Անունը, Հարկաբաժնի համար, Քաղաքը եւ Զիա Կողը, եթե 1-րդ Բաժնից տարբերվում է:



Հարց թիվ 20

Ինչ կապահովություն ունի յուրաքանչյուր երեխան կամ հղի կինը 1-րդ Բաժնի, թիվ 1-ի հարցի անձի հետ, օրինակ՝ աղջիկն է, ամուսինն է, ամուսնու երեխան է, հարազատի երեխան է, և այլն:

Դիմումնագիրն լրացնելու համար խնդրում ենք օգտագործեք ուղղությունները:

Պարզ տպեք: Միայն օգտագործեք սեւ կամ կապույտ թանար:

ԲԱԺԻՆ 1:Մեզ ասեց երեխայի համար դիմող անձի մասին, իդի կնոջ մասին, չընված երեխայի մասին կամ իր համար դիմող անձի մասին:

1	ԱԶԳԱՆՈՒՆ	ԱՆՈՒՆ	ՄԻՋԻՆ ԱՆՈՒՆԻ ԱՆԱԶԻՆ ՏԱՌԸ	2	ԾՆՆԴՅԱՆ ԹԻՎԸ / / ԱՄԻՍ ԹԻՎ ՏԱՐ		
3	ԲՆԱԿԱՐԱՆԻ ՀԱՍՑԵ (ՀԱՄԱՐ ԵԻ ՓՈՂՈՑ) RO. BOX ՄԻ ԳՐԵՔ	4	ՀԱՐԿԱԲԱԺՆԻ ՀԱՄԱՐ	5	ՏԱՆ ՀԵՇԱԽՈՍԻ ՀԱՄԱՐ # ()		
6	ՔԱՂԱՔ	7	ԳԱՎԱՆ	8	ԶԻՂ ԿՈԴ	9	ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ՀԵՇԱԽՈՍԻ ՀԱՄԱՐ # ()
10	ՓՈՍԻ ՀԱՍՑԵ (Եթե ՏԱՐՁԵՐ Է ՎԵՐՈՒՄ ՆՇՎԱԾԻՑ) ԿԱՄ RO. BOX ՀԱՄԱՐ	11	ՀԱՐԿԱԲԱԺՆԻ	12	ՊԱՏԳԱՄԻ ՀԵՇԱԽՈՍԻ ՀԱՄԱՐ # ()		
13	ՔԱՂԱՔ			14	ԶԻՂ ԿՈԴ		
15A	ԻՆՉ ԼԵԶՎՈՎ ԵՔ ԽՈՍՀՈՒՄ ԱՄԵՆԱ ՍԱՀՈՒՆԸ	15B	ԻՆՉ ԼԵԶՎՈՎ ԵՔ ԿԱՐԴՈՒՄ ԱՄԵՆԱ ՍԱՀՈՒՆԸ				

16 Մենք կը արձանագրենք երեխային կամ իդի կնոջ այն ծրագրի մեջ որին նրանք իրավասու են ստանալու: Եթե դուք չեք ցանկանում արձանագրվել այս ծրագրերից որևէ մեկի մեջ, նշեք հետևյալ տուփիկները:

ԵՍ ՉԵՄ ՑԱՆԿԱՆՈՒՄ : **Healthy Families:** Ծննդական փաստաթղթերը մի ուղարկեք: Healthy Families-ի դիմումնագիր էջը մի լրացրեք
 Medi-Cal

ԲԱԺԻՆ 2: Տվյալ մեզ տողեկություններ 19 տարեկանից փոքր եւ կամ իդի կնոջ մասին որոնք ցանկանում են ստանալ առողջապահկան ապահովագրություն:



17	Անուն: Ազգանուն Անուն Միջին Անուն					
18	Ծննդականի վրա գրված Անուն: (Եթե նոյնն է ինչ եղած է #17-ում, բայց բառարկությունը)	Ազգանուն Անուն:				
19	Եթե երեխայի հասցեն 1-րդի Բաժին, Հարց թիվ 3-ից տարբեր է տվյալ լրիվ հասցեն:					
20	Կապը 1-րդի Բաժին, անձի հետ:					
21	Սեռ:	<input type="checkbox"/> Տղամարդ <input type="checkbox"/> Կին	<input type="checkbox"/> Տղամարդ <input type="checkbox"/> Կին	<input type="checkbox"/> Տղամարդ <input type="checkbox"/> Կին	<input type="checkbox"/> Տղամարդ <input type="checkbox"/> Կին	
22	Ծննդյան թվական:	/ / ԱՄԻՍ ԹԻՎ ՏԱՐԻ	/ / ԱՄԻՍ ԹԻՎ ՏԱՐԻ	/ / ԱՄԻՍ ԹԻՎ ՏԱՐԻ	/ / ԱՄԻՍ ԹԻՎ ՏԱՐԻ	
23	Ծննդավայրը: Գավան կամ Նահանգ կամ Երկրի անունը եթե Միացալ Նահանգներից դուքս է:					
24	Ազգության Կող:					
(Տես հաջորդ 24-ի ուղղությունները)						
25	Միացալ Նահանգների Հպատակ կամ Ազգային: Եթե «ոյ» խնդրում ենք գրեք Միացալ Նահանգներ մտքը գրեթե թվականը:	<input type="checkbox"/> Այն <input type="checkbox"/> Ոչ / / ԱՄԻՍ ԹԻՎ ՏԱՐԻ	<input type="checkbox"/> Այն <input type="checkbox"/> Ոչ / / ԱՄԻՍ ԹԻՎ ՏԱՐԻ	<input type="checkbox"/> Այն <input type="checkbox"/> Ոչ / / ԱՄԻՍ ԹԻՎ ՏԱՐԻ	<input type="checkbox"/> Այն <input type="checkbox"/> Ոչ / / ԱՄԻՍ ԹԻՎ ՏԱՐԻ	<input type="checkbox"/> Այն <input type="checkbox"/> Ոչ / / ԱՄԻՍ ԹԻՎ ՏԱՐԻ
26	Սոցիալ Սերվութիթի համար դիմումի համար առաջնային համարը:	Սոցիալ Սերվութիթի համարները չեն պահանջվում. Healthy Families-ի կամ այն անձանց որոնք ցանկանում են միայն իրատապի կամ հղության կապակցությամբ ծառայություններ:				

		Երեխա 1 կամ Չըծնված	Երեխա 2	Երեխա 3	Երեխա 4	Հոփ կին
	Ազգանուն Անուն Արդյոք մայրը բնակվում է տան մեջ	Նշեր Տոսկիկը	Եթե Չըծնված			
27	Մոր Անուն:	Ազգանուն				
	Անուն					
	Արդյոք հայրը բնակվում է տան մեջ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ				
28	Հոր Անուն:	Ազգանուն				
	Անուն					
	Արդյոք հայրը բնակվում է տան մեջ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ				
29	Պատանու ամառնու անունը կամ հղի կնոջ ամսանու անունը: <i>Եթե տան մեջ են բնակվույթ</i>					
30	Արդյոք որեւէ անձ կամ սելեքտ, որի համար դիմում է ներկայացվել ասվձաք Medi-Cal ունի: Եթե «այո» է, տվեք ապահովագրության դադարեցների/հադարեցնման թվականը:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ / / ԱՄԻՒ ԹԻՎ ՏԱՐԻ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ / / ԱՄԻՒ ԹԻՎ ՏԱՐԻ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ / / ԱՄԻՒ ԹԻՎ ՏԱՐԻ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ / / ԱՄԻՒ ԹԻՎ ՏԱՐԻ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ / / ԱՄԻՒ ԹԻՎ ՏԱՐԻ
31	Արդյոք եղի կինը եւ/կամ երեխաները այլ առողջա- պահական, ատամաս- ռուժական և տնտղության ապահովագրություն ունեն:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ				
32	Արդյոք վերջին 90 օրերի ընթացքում երեխաներից որեւէ մեկը գործադրոց կողմից ապահովագրվել է: Եթե «այո», նշեք իսկական պահանջը թե ինչո՞ւ սպասիվագրությունը դադարեց է եւ տվեք դադարեցման թվականը: Եթե «այո», նշեք իսկական պահանջը թե ինչո՞ւ սպասիվագրությունը դադարեց է եւ տվեք դադարեցման թվականը:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Վերջին աշխատանք <input type="checkbox"/> Փոխադրված եւ ոչ մի ապահովագրու- թյուն առկա չէ <input type="checkbox"/> Գործատերը բոլոր գործողների նպաստ- ները դադարեցել է: <input type="checkbox"/> COBRA ապահովա- գրությունը դադարեց է: <input type="checkbox"/> Այլը / / ԱՄԻՒ ԹԻՎ ՏԱՐԻ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Վերջին աշխատանք <input type="checkbox"/> Փոխադրված եւ ոչ մի ապահովագրու- թյուն առկա չէ <input type="checkbox"/> Գործատերը բոլոր գործողների նպաստ- ները դադարեցել է: <input type="checkbox"/> COBRA ապահովա- գրությունը դադարեց է: <input type="checkbox"/> Այլը / / ԱՄԻՒ ԹԻՎ ՏԱՐԻ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Վերջին աշխատանք <input type="checkbox"/> Փոխադրված եւ ոչ մի ապահովագրու- թյուն առկա չէ <input type="checkbox"/> Գործատերը բոլոր գործողների նպաստ- ները դադարեցել է: <input type="checkbox"/> COBRA ապահովա- գրությունը դադարեց է: <input type="checkbox"/> Այլը / / ԱՄԻՒ ԹԻՎ ՏԱՐԻ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Վերջին աշխատանք <input type="checkbox"/> Փոխադրված եւ ոչ մի ապահովագրու- թյուն առկա չէ <input type="checkbox"/> Գործատերը բոլոր գործողների նպաստ- ները դադարեցել է: <input type="checkbox"/> COBRA ապահովա- գրությունը դադարեց է: <input type="checkbox"/> Այլը / / ԱՄԻՒ ԹԻՎ ՏԱՐԻ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Վերջին աշխատանք <input type="checkbox"/> Փոխադրված եւ ոչ մի ապահովագրու- թյուն առկա չէ <input type="checkbox"/> Գործատերը բոլոր գործողների նպաստ- ները դադարեցել է: <input type="checkbox"/> COBRA ապահովա- գրությունը դադարեց է: <input type="checkbox"/> Այլը / / ԱՄԻՒ ԹԻՎ ՏԱՐԻ

**ԲԱԺԻՆ 3: Տան մեջ բնակվող ընտանիքի անդամները: Երեխաների ծրագրի իրավասությունը որոշելու համար ընտանիքի անդամների
բանակը նկատի է առնվատ:**

33	Տվեք բոլոր 21 տարեկանից փոքր երեխաների ցանկը, որոնք բնակվում են տան մեջ եւ 2-րդ բաժնում նշված չեն: Տվեք նրանց հարաբերությունը 1-րդը Բաժի, 1-րդը Հարցում նշված անձի հետ:	ԱԶԳԱՆՈՒՆ, ԱՆՈՒՆ	ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱԶԳԱՆՈՒՆ, ԱՆՈՒՆ	ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ
		ԱԶԳԱՆՈՒՆ, ԱՆՈՒՆ	ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱԶԳԱՆՈՒՆ, ԱՆՈՒՆ	ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ
34	Արդյոք տնտում բնակվող ընտանիքի անդամներից որեւէ մեկը հղի է:			<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
	Եթե այո, ով է: _____ Ծննդաբերության թվականը: _____				
35	Տվեք տան մեջ բնակվող որեւէ խորթ ծնողի ցանկը եթե արդեն նշված չեն: _____			ԱԶԳԱՆՈՒՆ, ԱՆՈՒՆ	
36	Արդյոք այս բաժնում նշված անձիք, կամ 2-րդ բաժնում նշված որեւէ ծնող, ցանկանամ է Medi-Cal ստանալ:			<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	

ԲԱԺԻՆ 4: Գրեք 2-րդ բաժնում նշված, Հարց 17,27,28,29 եւ 3-րդ բաժնում նշված տան մեջ բնակվող բոլոր անձանց եկամուտի ամբողջական գումարը (տուրքային հանումներից առաջ): Սեփական աշխատանք ունեցողները կամ եկամուտը փաստելու համար պետական եկամտահարկերի փաստաթղթերը օգտագործողները, լրացնեն միայն այս բաժնի 37,38 եւ 40-րդ հարցերը:

37	ԵԿԱՄՈՒՏԸՎ ԱՆՁԻ ԱՆՁԻՆԸ	38	ԵԿԱՄՈՒՏԻ ԱՐՔՅՈՒՆԸ	39	ԻՆՉՐԱՆ ՀԱՃԱԽ ԵՔ ՍՍԱՅԵԼ	40	ԻՆՉՐԱՆ Է ԱՄԲՈՂՋԱԿԱՆ ԵԿԱՄՈՒՏԸ	41	ՍՈՑԲԱԱԼ ՄԵՔՅՈՒՆԻԹՅԻ # (Պատճեն)
1.									
2.									
3.									
4.									

ԲԱԺԻՆ 5: Ընտանիքի եկամուտի հանումները: Այս բաժնի պատասխանները կողմեն մեզ որոշելու թե ինչ գումար է պակսում ձեր ընտանիքի ամբողջական ամսական եկամուտից:

42	ԶԵՐ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՍՍԱՅԱԾ ԵԿԱՄՈՒՏԻ ԶԵՒԵՐԸ	43	ՎՃԱՐՈՂ ԱՆՁԻ ԱՆՁԻՆԸ	44	ԱՄՍԱԿԱՆ ՎՃԱՐԱԾ ԳՈՒՄԱՐԸ	45	ԵՐԵԽԱՅԻ ԽՆԱՄՔ ԿԱՄ ԱՐԿԱՆ ԱՆՁԻ ԽՆԱՄՔ «Գրեք երեխայի անոնը»	46	ՏԱՐԻՔ	47	ԱՄՍԱԿԱՆ ՎՃԱՐԱԾ ԳՈՒՄԱՐԸ
Երեխայի նյութական օժանդակություն						1.					
Ավիմենու						2.					
						3.					
						4.					

ԲԱԺԻՆ 6: Այլ Ծածկոցներ:

48	Արդյոք որեւէ մեզը արկածի կամ վնասվելու պատճառով հաշվեհարդարում է արձանագրել նպաստների դիմոց հոդի կոտոր եւ/կամ երեխայի կողմից:	<input type="checkbox"/> Այո՛ <input type="checkbox"/> Ոչ
49	Արդյոք հոդի կինը եւ/կամ երեխան ցանկանում են դիմել Medi-Cal -ի ապահովագրություն ստանալու համար, վերջին 3 ամսվա որեւէ չվճարված թշվական ծախսերի համար:	<input type="checkbox"/> Այո՛ <input type="checkbox"/> Ոչ
	Եթե «այո», գրեք ամսի (ները): _____	
50	Նշանակեք այս տնակը եթե չեք ցանկանում որ Medi-Cal -ը ձեր երեխայի դիմումնագրից ուղարկի էժանագին Healthy Families ծրագրին, այն դեպքում որ ձեր երեխան դադարի Medi-Cal -ի անվճար ծրագրին պայմանական լինելու:	<input type="checkbox"/>

ԲԱԺԻՆ 7: Կամավոր Տեղեկություններ: Չի պահանջվում: Ձեր պատասխանները չեն ազդի ձեր իրավասությանը, բայց նրանք կողմեն նահանջին որպեսզի նահանջը կարողանա հավելյալ պետական դրամ ստանալ եւ առողջապահության խնամքի ծրագրերին վճարել:

51	Արդյոք երեխայի տան մեջ 1-ից ավելի ինքնաշարժ կա:	<input type="checkbox"/> Այո՛ <input type="checkbox"/> Ոչ
52	Արդյոք երեխայի տան բանկի հաշվիների մեջ, \$ 3,150 դրամից ավելի կանխիկ դրամ կա:	<input type="checkbox"/> Այո՛ <input type="checkbox"/> Ոչ

ԲԱԺԻՆ 8: Ստորագրություն եւ Վկայագրություն:

53	Ես հաստատում եմ, ըստ California Նահանջի օրենքների՝ սուս վկայության դեպքում բատմի համաձայն, այս դիմումնագրում իմ տված պատասխանները, հայտարարությունները եւ ներկայացրած փաստաթղթերը ճիշտ եւ անվաս են, իմ լավագույն հասկացողությամբ եւ գաղափարի հիմնան վրա: Ես հաստատում եմ որ կարդացել եւ հասկացել եմ այս դիմումնագրի ուղղությունները, հայտարարությունները եւ բոլոր տպված տեղեկությունները:	Ստորագրություն _____ Թիվ _____
	Վկայի Ստորագրություն _____ (Եթե անձը նշանու է ստորագրու)	Թիվ _____
	Արտօնյալ Ներկայացուցիչ (Եթե լինի) _____	Թիվ _____

ԲԱԺԻՆ 9: Լրացրեք ՄՄԱՅՆ եթե ձևու օգնել է Դիմումնագրի Լրացնելու Վկայված Օգնականը (Certified Application Assistant -CAA):

54	Եթե ուզում եք, որ տեղեկություն բաց թողնվի CAA-ին, պատասխանեք այս հարցին՝	
	Այս տնակում նշում կ ներկը ստորագրելով, ես Healthy Families -ին և Medi-Cal -ին թույլատրում եմ այս Դիմումնագրի կարգավիճակի շուրջ մերականութ տեղեկություն տալ ներքը նշված Գրանցման Մարմեն կազմակերպության ներկայացուցիչն: Այս թույլատվությունը վերջ կգտնի այն թվականին, եթե ծրագիրը այս Դիմումնագրի վերաբերյալ պայմանակարգությունը վճռելու արդյունքները փոստով կողարկի:	
55	Ես հաստատում եմ, որ ներքը նշված Դիմումնագրի Վկայված Օգնականը ինձ օգնել է, որ լրացնեմ այս ձևը: Այս CAA-ի օգնությունը ԱՆՎՃԱՐ էր:	CAA#: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EE#: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Դիմու Անձի Ստորագրությունը _____	Թիվ _____
	CAA-ի Ստորագրությունը _____	Թիվ _____
	Նահանջը փոխառությունը չի տա գրանցող մարմեն եթե այս նարցը ամրություն և ճշգրիտ չի լրացվել այս Դիմումնագրի ջևը ներկայացնելու պահին:	



Եթե պարզվի որ դուք իրավասու եք **Healthy Families**-ին եւ ցանկանում եք հիմա ընտրել ձեր առողջապահական, ատամնաբուժական և տեսողության ծրագրերը, անմիջապես լրացրեք այս էջը: Հակառակ պարագայում, այս տեղեկությունների համար մենք ձեզ հետ կը կապվենք: Հավելյալ տեղեկությունների համար տեսեք **Healthy Families**-ի գրքույկը կամ այցելեք մեր (վեր սայթը) (web site) www.healthyfamilies.ca.gov:

ԲԱԺԻՆ Ա: Առողջապահական, Ատամնաբուժական և Տեսողության Ծրագրերի Ընտրությունները:

56	Առողջապահական Ծրագրի/Կող	57	Ատամնաբուժական Ծրագրի/Կող	58	Տեսողության Ծրագրի/Կող		
59	Բժշկի Անուն/Բուժարան (կամավոր)	60	Բժիշկ/Բուժարան (կամավոր)	61	Ատամնաբուժի Անուն/Բուժարան (կամավոր)	62	Ատամնաբույժ/Բուժարան (կամավոր)

ԲԱԺԻՆ Բ: Ցուցադրության Ծրագիր:

63	Եթե դուք այս խմբերից որեւէ մենքին եք պատկանում, Նահանգային ընդհարձակ Առողջապահական, Ատամնաբուժական և Տեսողության Համակցության Ծրագրեր են առաջարկվում ձեռ: Դուք կարող եք որոշել այս նոր կողը անցանելունը եւ նրա կողը անցանելու հատկացած տուփիկի մեջ: Համակցության կողի համար գտնելու համար օգտագործեք Healthy Families -ի գրքույկը: Նշեք ձեզ կապվող բոլոր տուփիկներում:	<input type="checkbox"/> Ամերիկական Բնիկ կամ Կարմամիթը եք ԿԱՄ Եթե եղանակային աշխատանք ունեք կամ վրանաբնակ եք <input type="checkbox"/> Հողագործություն <input type="checkbox"/> Անտօռամաշակություն <input type="checkbox"/> Ձևորություն	Համակցության Ծրագրի Կող
----	---	--	-------------------------

ԲԱԺԻՆ Ը: Healthy Families-ի Հայտարարությունները:

Ես հաստատում եմ թե յուրաքանչյուր անձանց համար որ դիմում եմ:

- California-ի բնակչի է:
- Բանտում կամ հոգեբուժական հիվանդանոցում չեմ:
- Իրավասու չեմ Medicare-ի ԲԲաժնի կամ Բ Բաժնի:
- California-ի Հանրային Շառայունների Պաշտոնարդության Կանոնի Առողջապահական Նվազանական Խորհրդի Ծրագրից, առողջապահական Նպաստների սացող իրավասու ընտանիքի անդամ չեմ:

Ես ավելին հաստատում եմ թե:

- Հիմունաքրի մեջ նշված բոլոր անձիք կը հարգեն հետեւյալ մասնակցության օրենքները՝ օգտագործյան վերաբններու ընթացքը եւ մասնակցության ծրագրերի վեհի հարթեցներու ընթացքը, որոնց մեջ անհատ արձանագրված է:
- Ես **Healthy Families**-ի գրքույկը կարդացել եւ հասկացել եմ: Ես հաստատում եմ յուրաքանչյուր առողջապահական, ատամնաբուժական և տեսողության ծրագրերը եւ նրանց առաջարկած նպաստների բացատրությունը:

ԲԱԺԻՆ Ծ: Գաղտնապահության Հատուցում:

1977-ի գործադրման օրենքի եւ Դաշնային Խորհրդարանության օրենքը **Healthy Families**-ից պահանջում է, ներկայացնել տեղեկություններ: Անձնական և բժշկական տեղեկությունների պահանջման իիմնական նպատակն է միայն բաժնմուրդագրմիդի ինքնության հաստատուի և ծրագրի գործադրության: Ծրագրի կանոնագրությունները, 10, CCR, հոդված 2699.6600 հրավակման իիմնականի համակարգության համակարգության մասնակտությունը են որ **Healthy Families** ծրագրի համար դիմումի յուրաքանչյուր ամձը տրամադրությունից որոշակի տեղեկություններ: Այդ տեղեկությունները հանապետ է, որ օգտագործի տեղական եւ նահանգային այն կազմակերպությունների կողմից, որոնք առողջապահական ծրագրի գործադրության ընթացքի մաս են կազմում: Այն անձանց տեղեկությունները ներառյալ գաղտականական իրավիճակը որոնք չեն բանում բաժանորդներ, կօգտագործվի միայն իրավասության որոշման եւ ծրագրի գործադրման համար:

Այս տեղեկությունները չորամադրեն դեպքում ձեր դիմումնագրի համարելով ոչ լրացված, իետ կվերաբարձրվի: Դիմունագրի մեջ հետեւյալ տեղեկությունները պարտադիր համար են Սոցյալ Սերվիսի համար և ազգության մասին տեղեկությունները շնորհում են ժողովին կամ դատավորությանը: **Healthy Families** գրքույկը ունի տեղեկություններ յուրաքանչյուր ծրագրի եւ իրավարության իրավարարության պահանջներին: Դուք կարող եք զանգահարել ձեր ընտրած ծրագրին հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար:

1000 G Street, Room 450, Sacramento, California 95814 (916) 324-4695:

ԲԱԺԻՆ Ը: Վիճաբանության Քննարկում:

Եթե արձանագրվում եք որոշ ծրագրերի մեջ նշանակում է, որ համաձայն եք ունենալ որոշ բոլորների իրավունք (ներառյալ սխալ բուժման բողոքներ), որոնք վճռվում են չեզոք դատական միջնորդի միջոցով: Անդամները իրենց իրավունքը շնորհում են ժողովին կամ դատավորությանը: **Healthy Families** գրքույկը ունի տեղեկություններ յուրաքանչյուր ծրագրի եւ իրավարության իրավարարության պահանջներին: Դուք կարող եք զանգահարել ձեր ընտրած ծրագրին հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար:

ԲԱԺԻՆ Ծ: Ստորագրություն և Վկայագրություն:

64	Եսկայում եմ, որ կարդացել եւ հասկացել եմ վերոհիշյալ տեղեկությունները եւ նույնպես վկայում եմ որ, տված տեղեկությունները այս ձեռի վրա իրական եւ անխալ են:	Ստորագրություն _____	Թիվ _____
	Վկայի Ստորագրություն _____ (Եթե անձը նշանով է ստորագրու)		Թիվ _____

ԴԻՄՈՒՄՆԱԳՐԻ ՈՒՂՂՈԽՅՅՈՒՆԵՐԸ

ԲԱԺԻՆ 2 Շարունակություն



Հարց թիվ 23

Գրեք յուրաքանչյուր երեխայի եւ հղի կնոջ ծննդավայրը, Եթե ծնված է California-ում գրեք Գավառի անունը, եթե California-ից դրս է ծնված գրեք Նահանգի անունը, եւ եթե ծնված է Միացյալ Նահանգներից դրս գրեք երկրի անունը:

Հարց թիվ 24

Ազգության կողը կամ տարբ գտնելու համար, օգտագործեք ներքեա աղյուսակը որպեսզի կարողանաք հարց թիվ 24-ը պատասխանել: Ազգության կողը շեշտը կապված է ձեր կամքին, իսկ եթե Ամերիկայի Կարմրամորք Հնդիկ եք անհրաժեշտ է:

Ազգության Կողեր

1 Սահմանադրություն	A Ամերասիացի	N Ասիայի Հնդիկ
2 Հիսկանիք	C Չինացի	P Հավայցի
3 Ամերիկայի Սեւամորթ	H Կամբոջացի	R Գուամեցի
4 Ասիացի	J Ճապոնացի	T Լասեցի
5a Ամերիկայի Կարմրամորք Հնդիկ	K Կորեացի	V Վիետնամցի
5b Ալասկայի Բնիկ	M Սամոան	Z Ուրիշ
7 Ֆիլիպինցի		

Հարց թիվ 25

• Այս դիմումնագրի մեջ ձեր տված տեղեկությունները գաղթականության մասին մնում են գաղտնի եւ անձեռնամլվելի: Նահանգը օգտագործում է այս տեղեկությունները միայն իրավասության որոշման համար եւ վարչական ծրագրերի համար: (Տես Գաղտնապահության «Տատուցումը»)

Medi-Cal-ը եւ Healthy Families-ը գաղթականության հանգանքների տեղեկությունները չեն հավաքում այն անձանցից, որինակ ծնողների կամ խնամակաների, որոնք առողջապահական ապահովագրություն չեն փնտրում իրենց համար, այս ծրագրերը ոչ մեկ պարագայում չեն կարող նման անձանց գաղթականության հանգանքների տեղեկությունները տրամադրել IN-S-ին, կամ օգտագործելով նրանց գաղթականության տեղեկությունները, պահանջել կամ հավաքել վերագանձման տեղեկությունները այն անձերի, որոնք ստանում են օրինական ծառայություններ:

• Գաղթականության տեղեկությունները ներկայացրեք միայն այն անձանց, որոնք դիմում են առողջապահական ապահովագրություն ստանալու համար: Այն անձանց համար (օրինակ ծնողները) որոնք չեն դիմում տեղեկությունները ներկայացնելու կարիք չունեք:

• Հաստ գաղթականներ կարող են հարմար լինել **Healthy Families** եւ **Medi-Cal** ստանալու համար:



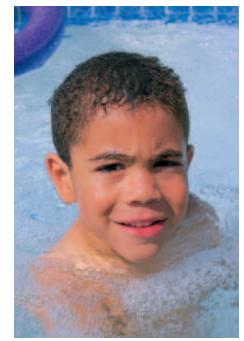
Healthy Families ստանալու համար: Երեխաները պիտի լինեն իրավասու և օրինական օտարական:

Healthy Families-ի գրողությունը բացատրում է, թե որ օտարականները կարող են լինել իրավասու, նաև ունի զանազան տեսակների գաղթականության հանգանքների ցանկ:

Medi-Cal ստանալու համար: Զգրանցված երեխաները եւ հղի կանայք կարող են ստանալ հղության կապակցության եւ իրատապի ծառայություններ: Բոլոր գաղթականները որոնց եկամուտը եւ գաղթականության փաստաթղթերը համբնվում են պահանջներին կարող են ստանալ **լիովին Medi-Cal-ի ծառայությունները:**

Հարց թիվ 26

• Սոցիալ Սերվիսների համարները **Healthy Families-ի** համար, կամ այն անձերից, որոնք միայն **Medi-Cal**-ի իրատապի եւ հղության կապակցության ծառայություններն են ցանկանում ստանալ **չի պահանջվում:**



• Սոցիալ Սերվիսների համարները յուրաքանչյուր երեխայի, պատանիի եւ հղի կնոջ որոնք դիմում են **լիովին Medi-Cal-ի ծառայություններ** ստանալու համար պահանջվում է:

• Եթե Սոցիալ Սերվիսների համար չունեք եւ ցանկանում եք **լիովին Medi-Cal-ի ծառայություններ** ստանալ, որոք կարող եք իրավա դիմուլ եւ մինչեւ 60 օր ներկայացնել ձեր ստացած համարը:

• Սոցիալ Սերվիսների համարին դիմելու, հավելյալ տեղեկությունների համար զանգահարեք Սոցիալ Սերվիսների **Վարչության 1-800-772-1213 անվճար համարով:**

Հարց թիվ 27

Գրեք յուրաքանչյուր երեխայի եւ կամ հղի կնոջ մոր անունը: Եթե բոլոր երեխաների մայրը նույն անձն է գրեք նրա անունը միայն թիվ 1 երեխայի անվան դիմաց եւ միյուս երեխաների եւ կամ հղի կնոջ պարագայում նշեք «նույն» բառը:



Հարց թիվ 28

Գրեք յուրաքանչյուր երեխայի եւ կամ հղի կնոջ հոր անունը: Եթե բոլոր երեխաների հայրը նույն անձն է գրեք նրա անունը միայն թիվ 1 երեխայի անվան դիմաց եւ միյուս երեխաների եւ կամ հղի կնոջ պարագայում նշեք «նույն» բառը:

Հարց թիվ 29

Գրեք պատանիի ամուսնու անունը եթե ամուսինը բնակվում է տան մեջ: Գրեք հղի կնոջ ամուսնու անունը եթե ամուսինը բնակվում է տան մեջ:

Հարց թիվ 30

Եթե երեխան ունեցել է կամ ներկայիս ունի **անվճար Medi-Cal**, եւ **Գաղաքաղաքական ապահովագրություն** ունի եւ կամ պիտի ունենալ **որոշ Medi-Cal**, նշեք «այո»: Գրեք **անվճար Medi-Cal-ի ծառայության վերջանալու թվականը** յուրաքանչյուր անձի համար, եթե պատասխանը ոչ է նշեք «ոչ»:

Հարց թիվ 31 եւ 32

• **Medi-Cal** ստանալու համար: Դուք կարող եք միենալով ժամանակ որ ունեք **անվճար Medi-Cal** ունենար նաև մի տարրեր առողջապահական ապահովագրություն: **Medi-Cal-ը** կըներադի այն ծախսերը որը ձեր միյուս առողջապահական ապահովագրությունը չի ներառում:



• **Healthy Families** ստանալու համար: Եթե ձեր երեխան ունի գրողատիրոջ կողմից-հովանավորած առողջապահական ապահովագրություն նա **Healthy Families** ստանալու իրավասու չի կարող դառնալ:

ԲԱԺԻՆ 3

Հնտանիքի անդամները որոնք բնակվում են նոյն տան մեջ: Չեր ընտանիքի անդամների քանակը օգտագործելու նպատակն է, որոշել ձեր երեխաների իրավասությունը տարբեր ծրագրերին մասնակցելու համար:

Ով է համարվում որպես ընտանիքի չափահաս անդամ՝

- Այս երեխայի հարազատ կամ դրդեգործ ծնողները, որոնք պիտի ծառայություններ ստանան
- Ծրագրին դիմող հոդի կնոջ ամուսինը
- Հոդի կինը
- Ազատ անչափահասը, կամ այն անչափահասը որը առանձին է բնակվում եւ պահպանում է իր գոյությունը

Որ անձիք են համարվում որպես հարազատ կամ դրդեգրված երեխաներ՝

- Զօնված երեխան
- Ծնողների տան մեջ բնակվող բոլոր 21 տարիքը չուացրած երեխաները
- Բոլոր 21 տարեկանից փոքր երեխաները որոնք ուսանում ենտոնից հեռու, եւ համարվում են տուժքային ենթականեր

Հաշվի չեն առնվում հանրային օժանդակություն ստացող ընտանիքի անդամները, օրինակ Ապահովության Օժանդակ Եկամուտ/Նահանգային Օժանդակ Ծրագիր (SSI/SSP) կամ CalWORKs:

Հարց թիվ 33

21 տարեկանից փոքր երեխաները որոնք բնակվում են տան մեջ համարվում են նոյն տան ընտանիքի անդամ եւ ներառնվում են ընտանիքի եկամուտի հաշվարկման մեջ: Օրինակ՝ Եթե 2-րդ բաժնում նշել եք երկու երեխա եւ 3-րդ բաժնում նշել եք երկու երեխա, մենք հավանաբար կը կարողանանք երկու երեխայի փոխարեն չորս երեխաներ հաշվել: Գրեք տան մեջ բնակվող հետևյալ երեխաների ցանկը որոնց չեք շեշտու 2-րդ բաժնի, թիվ 17 հարցում, եղբայրներ, քոյրեր, խորթ եղբայրներ, խորթ քոյրեր, (երեխա 1, երեխա 2, երեխա 3, երեխա 4):

Հարց թիվ 34

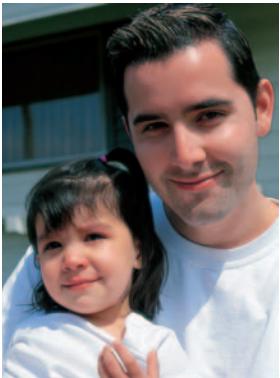
Նախաճնդաբերական խնամքը շատ կարեւոր է բոլոր հոդի կանանց համար: Այս հարցին պատասխանելը կը օգնի Medi-Cal-ի ծրագրի ներկայացուցիչն, որ արագ կերպով ստուգի հոդի կնոջ դիմումագիրը եւ արագացնի նրա ընթացքը:

Հարց թիվ 35

Պատասխանելով այսարցին մեզ պիտի օգնեք, որ կարողանանք հաշվարկել ձեր ընտանիքի անհրաժեշտ եկամուտը:

Հարց թիվ 36

Եթե ձեր ընտանիքում կա 19 տարեկանից մինչեւ 21 տարեկան եղբայր, քոյր, խորթ եղբայր, խորթ քոյր կամ ծնող կամ խորթ ծնող, որոնք ցանկանում են Medi-Cal ստանա: Եթե նշեք «այս», մենք ձեզ հետ կը կապվենք հավելյալ եւ անհրաժեշտ տեղեկությունների համար:



ԲԱԺԻՆ 4

Գրեք եկամուտը տան մեջ բնակվող բոլոր նրանց որոնց անդամները նշել եք 2-րդ եւ 3-րդ բաժնում: Այս տեղեկությունները կը օգնեն, որպեսզի հնարավոր լինի ընտրել այն ծրագրերը որին իրավասու եք դուք:



Հարց թիվ 37

Ցուրաքանչյուր անձի եկամուտը ներկայացնելու համար օգտագործեք նոր տող: Եթե անձը ունի երկու եկամուտի աղբյուր օգտագործեք երկու նոր տողեր: Օրինակ՝ Եթե Լուսինեն ունի երկու աշխատանք, օգտագործեք երկու նոր տողեր ներկայացնելու համար նրա յուրաքանչյուր աշխատանքի եկամուտը:

Հարց թիվ 38

Նշյալ ձեր եկամուտի աղբյուրը: Օրինակ՝ Եկամուտը կարող եք ունենալ աշխատանքից, (աշխատավլոր կամ սեփական աշխատանք), երեխայի նյութական օժանդակություն այն ծնողից որը տանը չի բնակվում, այինմենյու ամուսնուց, նպաստների վճարումներու կառավարության հիմնարկությունների կողմից օրինակ Սոցիալ Սերվիսների, Կենսաթոշակի Վերջամնա Անկարողության Ապահովագրությունից, եւ Վետերանների Վարչությունից, ապահովագրություններ, կենսաթոշակի ֆոնտ, վարձային կավաճմեր եւ նյութական նվերների կողմից եւ այլն: Եթե եկամուտը ներկայացնելու մասին հարցեր ունեք խնդրում ենք զանգահարեք **1-800-880-5305**

անվճար

Հետեւյալ եկամուտները հավի չեն առնվում: Ապահովարարական Օժանդակ Եկամուտ/Նահանգային Օժանդակ Ծրագիր (SSI/SSP) վճարումներ, Ֆոստը ընտանիքի վճարումներ ձեր խնամքի տակ բնակվող ֆոստը երեխաների համար, դրամական նպաստներ թույլ ծախսեր հոգարու համար, CalWORKs-ի վճարումներ (ինխարինում է նայսիրն AFDC ծրագրին), փոխառվություն (loans), եւ 14 տարեկանից փոքր կամ դպրոցական երեխայի վաստակած աշխատանքային եկամուտը:



Հարց թիվ 39

Հնչքան հաճախ եք ստանում ձեր եկամուտը: Օրինակ՝ մեզ անգամ շարաթքա մեջ (շարաթական), երկու շարաթք մեզ անգամ, ամսվա մեջ երկու անգամ, ամսվա մեջ մեկ անգամ, տարվա մեջ մեկ անգամ եւ այլն:

Հարց թիվ 40

- Գրեք ձեր յուրաքանչյուր ստացած եկամուտի գումարը: Օրինակ՝ Եթե ձեր եկամուտը ստանում եք մեկ անգամ շարաթքա մեջ, գրեք այդ շարաթական գումարը տոսկիկի մեջ:
- Եթե ձեր եկամուտի գումարը փոփոխակի է գրեք ձեր կանոնավոր ստացած միջին գումարը: Մենք ձեր ներկայացրած վճարման ստացականները եւ ուրիշ փաստաթղթերը օգտագործելով կը հաշվարկենք ձեր ճիշտ անսական եկամուտը:
- Եթե դուք գիտեք թե ձեր ընտանիքի եկամուտը գափիր ամիսներում հետևյալ պատճառներով ենթակա է փոփոխվելուն, բացառությունը ներկայացրեք առանձին թղթի վրա: Արտաժամի վճարում, պաշտոնի բարձրացում, ռոճիկի հավելացում, ակնկալեիք երեխայի նյութական օժանդակության/պիտունուի հավելում, աշխատանքից ժամանակավոր հեռացում, արձակուրիք վկայագիր եւ այլն: Օրինակ՝ Լուսինեն ունի \$800 դոլար կամ մնավոր ամսական եկամուտ, բայց իր այս անմվա եկամուտը եղանակ է գումարը մեջ \$1000 դոլար, թղթի վրա գրելով բացառութեք թե Մարիամի այս ամսվա վճարմանները ներառում է \$200 դոլար արտաժամի վճարում, (կամ \$200 դոլար պարգև), եւ արտաժամյա աշխատանքը ինչքան ժամանակ պիտի շարունակվի նաև (նա ինչքան հաճախ է պարգևատրվելու):

- Եթե սեփական աշխատանք ունեք ներկայացրեք զուտ շահույթը Schedule C նախորդ տարվա պետական եկամուտահարկերի փաստաթղթերից: Կամ ներկայացրեք վերջին 3 ամսվների շահույթի եւ կորուսի փաստաթղթերը:
- Եթե նախորդ տարվա պետական եկամուտահարկերի փաստաթղթերն եք օգտագործում ավելացրեք բոլոր զեկուցված գումարները: Կորուստները պակսեցնելու կարիք չունեք:

Հարց թիվ 41

- Սոցիալ սերվիսների համարների ներկայացնելը այս հարց նկատմամբ կամավոր է:



ԲԱԺԻՆ 5

Ընտանիքի Եկամուտից Հանումներ:

Այս բաժնի պատրախանները օգնում են մեզ որոշելու թե ինչ գումարներ նկատի առնելով մենք կը կարողականք պակսեցնել ձեր ընտանիքի ամսական եկամուտը:

Հարց թիվ 42

Մենք կը կարողականք, դատարանի հրամանագրով երեխայի նյութական օժանդակության կամ ալիմենտի վճարումները պակսեցնել ձեր ընտանիքի եկամուտից:



Հարց թիվ 43

Գրեք երեխայի նյութական օժանդակության կամ ալիմենտի վճարող անձի անունը:

Հարց թիվ 44

Գրեք երեխայի ծնողի կամ հոյի կնոջ ամուսնու (2-րդ բաժնում նշված) վճարած մեկ ամսվա ամբողջ գումարը, երեխայի նյութական օժանդակության կամ ալիմենտի համար:

Հարց թիվ 45

Գրեք յուրաքանչյուր երեխայի խնամք կամ առկախության խնամք ստացող անձի անունը:



Հարց թիվ 47

Գրեք մեկ ամսվա ամբողջ գումարը, որ վճարվում է յուրաքանչյուր երեխային կամ անկարող առկախ անձին:

Մենք հավանաբար կը կարողականք այն գումարը որ դուք երեխայի խնամքի եւ/կամ անկարող առկախ անձի խնամքի համար վճարում եք ձեր ընտանիքի եկամուտից պակսեցնել եք:

- Վճարումները կատարվում են (2-րդ բաժնում նշված) երեխայի ծնողի կամ հոյի կնոջ ամուսնու կողմից եւ
- Երեխայի ծնողը կամ հոյի կնոջ ամուսինը (2-րդ բաժնում նշված) աշխատում է կամ մասնակցում է աշխատանք-պատրաստության դասարանին եւ տան մեջ որեւէ խնամք տանող անձ չկա:

Մենք առավելագույն թույլատրված գումարից ավելին չենք պակսեցնի յուրաքանչյուր երեխայի խնամքի կամ անկարող առկախ անձի խնամքի համար: Առավելագույնը կը որոշի յուրաքանչյուր խնամք ստացող անձի տարիքով:

Ամսական առավելագույն վերածելի գումարները յուրաքանչյուր երեխայի կամ անկարող առկախ անձի խնամքի համար:

2 տարեկանից փոքր երեխա = \$ 200

2 տարեկան երեխա եւ ավելի բարձր = \$ 175

Որեւէ տարիքի անկարող առկախ անձ = \$ 175



ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ԾԱԽԵՐԻ ՀԱՆՈՒՄՆԵՐ

4-րդ բաժնում նշված ձեր ընտանիքի մեջ յուրաքանչյուր աշխատողին կամ նախանդակ Անկարողության Ապահովագրություն կամ Workers Compensation (Աշխատողների Հատուցում) ստացողներին կը տրվի մինչեւ \$90 դոլար համամետք:

ԵՐԵԽԱՅԻ ՆՅՈՒԹԱԿԱՆ ՕԺԱՆԴԱԿՈՒԹՅԱՆ ԵՒ ԱԼԻՄԵՆՏԻ ՀԱՆՈՒՄՆԵՐ

Եթե դուք երեխայի նյութական օժանդակություն կամ ալիմենտ եք տանուա, հավանաբար \$50 դոլար կը պակսեցի ձեր ընտանիքի եկամուտից:

ԲԱԺԻՆ 6

Այլ Ծածկոցներ:



Հարց թիվ 48

Եթե դուք կարիք ունեք որ Medi-Cal-ը արկածի կամ վնասվելու պատճառով ձեր բժշկական ծառայությունների համար վճարի, այս ծախսերը հավանաբար ձեր շահած դատի հաշվարդարությի վճարից կը պակսեցի:

Հարց թիվ 49

Medi-Cal-ը հավանաբար կը կարողական օգտակար լինել վճարելու համար ձեր, դիմումնագիրը լրացնելու նախորդ 3 ամսվա չվճարված բժշկական ծախսերը:

- Նույնիսկ եթե դուք դիմում եք Healthy Families ստանալու համար եւ ունեք այս դիմումնագիրը լրացնելու նախորդ 3 ամսվա չվճարված բժշկական ծախսերը հավանաբար

Medi-Cal-ը կը կարողական ձեզ օգնել:

- Եթե նշեք «Այո», Medi-Cal-ի ներկայացուցիչը ձեզ հետ կը կապի հավելյալ տեղեկությունների համար:

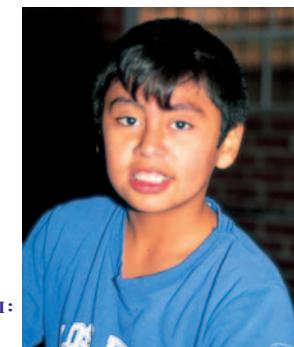


Հարց թիվ 50

Եթե Հատված 2-ում նշված երեխան գրանցվի անվագա Medi-Cal-ում և ձեր եկամուտը բարձրանա հետագայում, կամ ձեր կարգավիճակը փոփոխվի, մենք ձեր դիմումնագիրը կուղարկենք Healthy Families -ին: Եթե չեք ցանկանում ձեր դիմումնագիրը ուղարկենք Healthy Families Շրագրին, այս տնակը նշանակեք:

ԲԱԺԻՆ 7

Կամավոր Տեղեկություններ:



Հարց թիվ 51 եւ 52

Այս հարցերին պատրախանները պարտադրական չեն:

ԲԱԺԻՆ 8

Ստորագրություն եւ Վկայագրություն:

Հարց թիվ 53

Ձեր ստորագրությունը այս դիմումնագրի ձեփի վրա պահանջվում է թե նահանգի եւ թե պետական օրենքների կողմից: Այս բաժնում ձեր ստորագրությունը նշանակում է որ ձեր ներկայացրած տեղեկությունները իրականություն ունեն եւ ձեր հանձնած փաստաթղթերը իրական են անսխալ են:

ԲԱԺԻՆ 9

Դիմումնագրի Լրացնելու Օգնություն:



Հարց թիվ 54

Քառակուսում նշելով դուք Healthy Families-ին և Medi-Cal-ին թույլատվություն եք տալիս, որ այս Դիմումնագրի Զնի կարգավիճակի վերաբերյալ հետախոսով տեղեկություն ներկայացնեն ցանկագրված Գրանցող Մարմնի (Enrollment Entity -EE) ներկայացուցչին: Այս թույլատվությունը վերջ կտնի այն թվականին, եթե ծրագիրը այս Դիմումնագրի վերաբերյալ պայմանառնակությունը վճռելու արդյունքները փոստով կուղարկի:

Հարց թիվ 55

Դուք հայտարարում եք, որ CAA-ը օգնել է ձեզ, ուստի ծրագիրը կարող է EE-ին փոխհատուցել ձեզ ընծայված օգնության համար:



HEALTHY FAMILIES ԷԶԻ ԼՐԱՑՆԵԼԸ

Տարց թիվ 56 եւ 64

Եթէ պարզվում է որ ձեր երեխաները իրավասու են **Healthy Families** ստանալու, եւ դուք ցանկանում եք որ ինչքան շուտ առողջապահական ապահովագրություն ստանալը սկսեր, պատաժսաներ այս հարցերին: Հակառակ պարագային, ապագայում այս տեղեկությունների համար մենք կը կապինք ձեզ հետ:

Healthy Families-ի գրքույկը

Կարենոր տեղեկություններ ունի, ծրագրի մասին՝ որոնք են, ձեր գավառի ծրագրերը, բժշկի կամ աստմարութիւն ընտրությունը եւ նախագին վճարումները: Առողջապահական, տամնարուժական եւ տեսողության ծրագրերի ընտրությունը կատարելու համար օգտագործեք այս գրքույկը:

Եթէ առաջին ամսվա վճարումի հետ ուղարկեք նաև դիմումնագին A1-ից A4 էջերը: Եթէ միանգամից վճարեք 3 հաշորդական ամսիների համար, 4-րդ ամիսը **ԱՆՎՃԱՐ** կրառնա: Չեր վճարումները կատարեք **Healthy Families-ի** անվամբ: Ընդունելի են անձնական չեք (personal checks), մանի օրդր (money orders) եւ քաշիր չեք (cashier's checks): Եներ ներողամիտ, կանխիկ դրամ ընդունել չենք կարող: Չեր ամսական վճարման գումարը կարող եք գտնել **Healthy Families գրքույկի** մեջ: Եթէ ձեր երեխան իրավասու չինի **Healthy Families** ստանալու, ձեր վճարած գումարը կը վերադարձի ձեզ:

Healthy Families գրքույկի օրինակը ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարեք **1-800-880-5305** անվճար համարով կամ այցելեք մեր (վեր սայթը) (*web site*) www.healthyfamilies.ca.gov:



ԻՆՉ ՓԱՍՏԱԹՂԹԵՐ ԵՆ ՊԱՀԱՆՁՎՈՒՄ

- Ծննդյան փաստաթղթի օրինակ, Միայնյալ Նահանգների հպատակ կամ ազգային անձանց համար որոնք դիմում են առողջապահական ապահովագրություն ստանալու համար: Ուղարկեք իման կամ մինչեւ 60 օր արձանագրությունից հետո:

ԿԱՄ

Գաղթականության հանգամանքի փաստաթուղթ կամ INS-ի ստացական, որը փաստում է որ դուք դիմել եք փոխարինելու համար կրած փաստաթուղթը: Միայն առողջապահական ապահովագրություն փնտողը անձիք անհրաժեշտորեն պիտի ուղարկեն փաստաթղթերի օրինակը որը ցուցաբերում է մոտք գործելու թվականը (Երկու կողմերը) կամ ստացականը հիմա կամ արձանագրությունից մինչեւ 30 օր: Եթէ երեխան կամ հոդի կինը գաղթականության փաստաթուղթ չոնի նրանք դարձալ կը կարողանան հարմար լինել հրատապի կամ հոդվածան կապակցության **Medi-Cal-ի** ծառայություններ ստանալու:

- 5-րդ քածնում նշված հանումների փաստաթղթերը: Երեխայի խնամքի եւ աղջախության խնամքի համար ուղարկեք ստացականներ կամ գործածված չեքը:

- **Californiа-ի բնակության փաստաթղթերը:** Դուք նույնական կարող եք օգտագործել ձեր եկամուտի փաստաթուղթը իբրև բնակության փաստաթուղթ: Եթէ ձեր եկամուտը **California-ից** չեք ստանում ուղարկեք ուրիշ բնակության փաստաթղթերը:

- Եթէ հոդի եք, Եթէ հոդի եք կամ դիմում եք լոճնված երեխայի համար, հղության փաստաթուղթը որեւէ քշկից կամ բուժարանից:

- **Եկամուտի փաստաթուղթը:** Ուղարկեք վերջին աշխատավարձի ստացականի օրինակը, չոնքնալու դեպքում ներկայացրեք ստորագրած հաշվեցուց ձեր գործադիրոց կողմից որը պարունակում է հետեւյալը՝ ամսական եկամուտը տուրքային պահումներից առաջ, եւ նրանց ստացած թվականները:

ԿԱՄ

Ուղարկեք նախորդ տարվա եկամուտահարկերի փաստաթղթի օրինակը:

Եկամուտի այլ փաստաթղթեր, որ կարող է ուղարկել անհրաժեշտ լինի:

- Եթէ սեփական աշխատանք ունեք ուղարկեք նախորդ տարվա եկամուտահարերի փաստաթուղթը (*Schedule C-ի* հետ միասին) կամ վերջին **3** ամսվա շահույթի եւ կորուսի փաստաթղթերը:

- Եթէ անկարողության օժանդակություն կամ կենսաթոշակ եք ստանում ուղարկեք նամակների կամ բանկի փաստաթղթերի օրինակները որոնք փաստում են ուղղակի բանկ մոնող եկամուտները:

- Եթէ երեխայի նյութական օժանդակություն եւ/կամ ամուսնու նյութական օժանդակություն եք ստանում ուղարկեք ստացած չեքերի օրինակները կամ **District Attorney's Family Support Division-ի** վերջին ամսվա փաստաթղթերը:

- Միայն **Healthy Families-ի** համար: Վերջին 30 օրերի ընթացքում ստացած «Ծախսաբաժնով **Medi-Cal-ի** Որոշման մասին Նամակը» (*“Share-of-Cost Notice of Action”*) որը ցուցաբերում է թե երեխան ունի ծախսաբաժնին, կարելի է օգտագործել իբրև եկամուտի փաստաթուղթը:

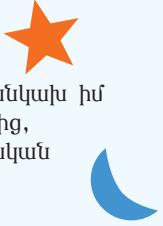


Medi-Cal-ի Գաղտնապահության Ծանուցում:

Այս դիմումագրի մեջ ներկայացրած տեղեկությունները անձնական են եւ գաղտնի, օստ Վելքերի 10850 եւ 14100.2 բաժների եւ հաստատության կողի: Այս տեղեկություններն կը բացահայտվեն միայն համաձայն այդ օրենքներին:

Medi-Cal-ի Իրավունքները, Պարտականությունները եւ Հայտարարությունները:

Ես իրավունք ունեմ:



- Արդար եւ հավասար վերաբերում ստանալ անկախ իմ ցեղային պատկանելությունից, գույնից, կրոնից, ազգությունից, սեռից, տարիքից կամ քաղաքական ավատամքից:
- Թարգմանիչ պահանջել:
- Պահանջել արդար դատավորում, եթե կասկածում եմ որ իմ **Medi-Cal-ի** իրավիճակը անարդար եւ սխալ է: Ես պետք է «Որոշման մասին Նամակը» («Notice of Action») ստանալուց մինչեւ 90 օրերի ընթացքում դադարսում պահանջեմ:
- Medi-Cal-ի** արդար դատավանան տեղեկությունների համար զանգահարեք **1-800-952-5253** անվագր համարով:

Ես պատասխանատվություն ունեմ որ:

- Գավառի պահանջած դեպքում ուղարկեմ իմ կարգավիճակի մասին տեղեկություններ:
- Այս դիմումագրում տված տեղեկությունների որեւէ փոփոխությունը ներկայացնել 10 որվա ընթացքում:
- Գավառին հայտնեմ եթե ընտանիքիս որեւէ անդամը դիմում է անկարողության թոշակ ստանալու համար, հանրային հաստատության մեջ է, եւ որիշ անձ նրա արկածի կամ վնասի պատճառ է հարձել, այս պարագայում իմ ընտանիքի անդամը կը ստանա թժշկական որեւէ խնամք:
- Համագրոծակցեմ՝ եթե իմ **իրավիճակը** վերանայվում է:

Ես հաստատում եմ որ, յուրաքանչյուր անձի համար որ դիմում եմ ներկայացնում:

- Բնակվում է California-ում, եւ ծրագրում է այսուեղ բնակվել:
- California-ից դուրս, որեւէ գլխավոր սեփական կամ վարձու բնակարան չունի:
- California-ից դուրս, որեւէ հանրային օժանդակություն չի ստանում:
- Գավառային կամ պետական բանտում կամ որեւէ այլ պատժական հաստատության մեջ չէ:

Ես ավելին հաստատում եմ թե:



- Ես հասկանում եմ, որպես **Medi-Cal-ի** իրավասության պայմաններից մեկը, թժշկական օժանդակության բոլոր իրավունքները ինքնարերար նշանակվում են California Նահանգին:
- Ես հասկանում եմ, որ եթե իրավասու չեմ այս **Medi-Cal-ի** ծրագրին, հավանաբար իրավասու եմ որիշ ծրագրերի համար որոնց համար դիմելու իրավունքը ունեմ:
- Ես հասկանում եմ, որ կարենոր փաստերի չորամարդելը կամ սխալ փաստեր ներկայացնելը կարող է օժանդակության մերժման կամ դադարեցման եւ վճարման պահանջի պատճառ դառնա: Կեղծիքի պարագայում նույնիսկ ես կարող է պատահի որ հարցաքննիւմ:

Medi-Cal-ի Անձնական Ծանուցում:

1977-ի տեղեկությունների Գործադրման Օրենքին եւ Պետական Գործադրման Օրենքին համաձայն Առողջապահական Ծառայության Բաժանմունքից պահանջվում է որ ներկայացնի հետեւյալ տեղեկությունները՝ Վելքերի 14011 բաժնի հաստատության կողը եւ հոդված 22, CCR, իրավական հիմունքների համաձայն **Medi-Cal-ի** ծրագրին դիմու անձանց պարտադրում է որ ներկայացնեն իրենց իրավասության տեղեկությունները պահանջված այս դիմում-նագրի մեջ: Այս տեղեկությունները կը բաժանվի պետական, նահանգային եւ տեղի վարչությունների մեջ իրավասություն հաստատելու պատճառով եւ այլ **Medi-Cal-ի** վարչության կապակցության պատճառներով, ներայալ INS-ի գաղթականության հանգառ մանքների ստուգումները միայն այն անձանց որոնք դիմում են լիովին **Medi-Cal-ի** օժանդակություններին: Հստ (պետական օրենքին INS-ը միայն կեղծիքի դեպքում է բոլոր պատճենները): Տեղեկությունները կօգտագործեն Էլեկտրոնիկ համակարգի միջոցով դիմումները ըստ ըստ պատրաստելու համար: Պահանջված տեղեկությունների ներկայացնելու թերացումը հավանաբար դիմումնագրի մերժման պատճառ կը դրանա:



Այս ձեւի պահանջված տեղեկությունները պարտադրության են, ի բացառություն ազգության տեղեկությունները, եւ այլ հարցեր որոնք նշված են կամավոր կամ ինքնահոժար: Սոցյալ Սեքյուրիտիի համարները պահանջված են 1137(a)(1) Սոցյալ Սեքյուրիտիի Օրենքի Բաժնի և Վելքերի 14011.2, բաժնի հաստատության կողի կողմից բացի այն ժամանկ որ դիմում եք միայն հրատապի կամ հղության կապակցության օժանդակություն ստանալու համար:

Մուտքը այն ցուցակներում որոնք պարունակում են անձնական տեղեկություններ եւ պահվում են Առողջապահական Ծառայության Բաժանմունքում, յուրաքանչյուր անձի հրավունքն է: Կապվեք ձեր նահանգի առողջապահական եւ մարդկան ծառայությունների/տողիալ ծառայությունների գրասենյակը ուղելու համար ձեր ցուցակները:



Չեր Լեզվով Տեղեկությունների Համար...Խնդրում Ենք

Զանգահարեք Առվճար, 1-800-880-5305 Համարով

For English information, Press 1..... 1 English

Si desea información en español, oprima el 2..... 2 Spanish

Muốn được giúp đỡ bằng tiếng Việt, xin gọi số trên và Bấm số 3..... 3 Vietnamese

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្លំចធាកាសាអូរ, សូមទូរសព្ទទៅលេខខាងលើហើយចុចរលេខ 4..... 4 Cambodian

Yog koj xav paub xov ntxiv hais ua lus Hmoob, thov koj hu tus xov tooj teev los saum toj no, tom qab ntawd, koj mam nias tus nabnpawb 5..... 5 Hmong

Հայերենով տեղեկություն ստանալու համար խնդրում ենք հեռաձայնեք վերը նշված համարով եւ սեղմեք 6..... 6 Armenian

如需粵語資料，請撥上列號碼並按 7..... 7 Cantonese

한국어로 된 정보를 원하시면, 위에 나온 번호로 전화하신 다음 (8)을 누르십시오..... 8 Korean

Для получения информации на русском языке звоните, пожалуйста, по вышеуказанному телефону и нажмите кнопку 9..... 9 Russian

برای کسب اطلاعات به زبان فارسی با شماره فوق الذکر تماس بگیرید و شماره 0 را فشار دهید..... 0 Farsi